受　講　申　込　書

記入日　　年　　月　　日

医療法人社団いずみ会
理事長　遠藤　昭　殿

貴法人の研修期間が実施する「介護職員初任者研修」の受講を申し込み致します。
【研修期間：令和6年10月2日～12月4日】

フリガナ		性別	生年月日	昭和　　年　　月　　日生 平成 （　　歳）
氏名	印	男・女		
住所	〒　　ー			
電話	（　　）	緊急連絡先	（　　）	
ご職業	□主婦　□学生　□アルバイト・パート □介護職員　□会社員　□自営業 □休職中　□その他（　　）			
勤務先（学校）				
受講理由	□資格を取得し介護の仕事をしたい （施設系サービス・通所系サービス・訪問系サービス・その他：　　） □資格を取得し現職に活かしたい □資格を取得し将来に活かしたい □家族の介護に活かしたい □その他（　　）			
通学方法	自動車・バイク・自転車・公共交通機関・徒歩			
	自動車で通学の場合　車種：　　ナンバー：			
介護に関する職歴	有・無（　　年　　ヵ月）	施設・事業所名（　　）		
この講座をどこでお知りになりましたか？	□募集チラシ　□ホームページ　□法人職員　□知人・友人の紹介 □その他（　　）			

※開講日に本人確認を行いますので、本人と確認できるものをご持参ください。
（免許証・健康保険証など）
※ご記入いただいた個人情報については、本研修以外の目的には使用いたしません。
※修了証明書に「氏名」「生年月日」を記載いたしますので、正確にご記入ください。